

Enfeksiyon Hastalıklarının Genel Belirtileri

Dr. Salih Hoşođlu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Bilim ve tıptaki gelişmelere rağmen enfeksiyon hastalıkları tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ölkelerde en sık görölen hastalıklar olmaya devam etmektedirler. Gıda ile bulaşan enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve akut solunum yolu enfeksiyonları başta olmak üzere enfeksiyonlar önemini korumaktadır. Özellikle gelişmekte olan ölkelerde bu hastalıklar en önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında da yer almaktadırlar. Gelişmiş ölkelerde bile pnömokoksik pnomoni gibi enfeksiyonlar en sık öldüren on hastalık arasındadır.

Enfeksiyon hastalıkları birçok özellikleri ile diğer hastalıklardan ayrılırlar. Enfeksiyon hastalıklarının çoğunun tedavileri en azından teorik olarak mümkündür. Doğru ve zamanında tedavi edildiklerinde büyük çoğunluğu hiç bir sekel bırakmadan tam şifa bulmaktadırlar. Yaygın olmaları, uygun tedavi edildiklerinde tam şifa ile sonuçlanmaları ve tedavi edilmediklerinde ise ölüm yada sekelle sonuçlanmaları nedeniyle bu hastalıkları bütün hekimlerin kolayca tanması ve temel tedavileri uygulayabilmesi bir mecburiyet olarak görölmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarına birçok farklı ajanlar sebep olabilmektedir ve bu hastalıklar bütün organları etkileyebilmektedir. Enfeksiyonların oluşturdukları semptom ve bulguların tamamına yakını başka hastalıklarda da ortaya çıkabilen genel bulgulardır. Elbette bazı semptom ve bulgular etken patojene özgü yada kuvvetle o hastalığı ihsas eder özellikle olabilmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarının seyrinde temel olarak altı farklı dönem olduğu söylenebilir:

Enfeksiyon hastalıklarının seyrinde temel basamaklar:

1-Etkenle karşılaşma ve enfektif ajanın alınması

2-İnkübasyon dönemi

3-Prodrom dönemi

4-Spesifik klinik bulgular dönemi

5-Nekahat dönemi

6-İyileşme dönemi

1-Etkenle karşılaşma ve enfektif ajanın alınması

Etkenle karşılaşma sonucunda enfektif ajan vücuda girer ve enfeksiyonu başlatır. Bu giriş ağız yoluyla olursa ağız ve barsak mukozasından emilme şeklinde olabilir yada buralara yerleşebilir. Etken solunum yoluyla, mukozalardan penetre olarak, zedelenmiş yada bütünlüğü bozulmuş ciltten, kan yoluyla veya cinsel yolla da vücuda girebilir.

2-İnkübasyon (Kuluçka) dönemi:

Enfeksiyon etkeninin vücuda girmesinden prodromal belirtilerin ortaya çıkmasına kadar geçen dönemdir. Bu dönemde semptom ve bulgu yoktur. İnkübasyon süresi enfektif ajanın türüne, vücuda giren etken miktarına/sayısına, virülansına ve konağın direncine göre değişebilmektedir. Ancak her enfeksiyon hastalığı için kabul edilen bir asgari ve azami inkübasyon süresi bulunmaktadır. Bu sürenin sonunda hastalık belirtileri ortaya çıkabilir, enfeksiyon hiç gelişmeyebilir veya enfeksiyon latent olarak geçirilebilir. Toksinlerin neden olduğu hastalıklarda inkübasyon döneminin kısa olması mortalite riskinin artışı anlamına gelebilir.

Enfeksiyonların teşhisi, önlenmesi ve tedavisinde inkübasyon döneminin bilinmesi çok önemlidir. Muhtemel enfeksiyon kaynağı temas sonrasında enfeksiyonu aldığı

kuvvetle tahmin edilen kişiler tecrit edilerek hastalığın yayılması önlenabilir. Ayrıca bu kişilere profilaksi yapılarak hastalığın gelişmesi tamamen önlenabilir veya daha hafif geçirilmesi sağlanabilir. HIV riski olan maruziyetlerde profilaktik amaçlı antiretroviral tedavi ile HIV gelişmesi önlenabilmektedir. Benzer şekilde kuduz, tetanoz ve hepatit etkenlerine maruz kalan kişilere immunglobulin ve/veya aşı yapılarak hastalık gelişmesi önlenabilmektedir.

3-Prodrom Dönemi

İnkübasyon döneminin sonundan tipik klinik bulguların ortaya çıkmasına kadar olan, genellikle özgül olmayan bulguların ve belirtilerin bulunduğu dönemdir. Bu dönemin uzunluğu için kesin bir süre verilemez. Çoğu zaman gelişen özgül olmayan bulgular spesifik klinik bulgularla iç içe girmiştir. Genellikle bir kaç gün yada bir hafta kadar sürebilir. Bu dönemde, özgül olmayan ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, bitkinlik, sırt ve eklem ağrıları gibi sistemik belirtiler görülür. Enfeksiyonun giriş yeri cilt veya mukoza ise daha sık olmakla beraber ciltte lokal şişlik ve kızarıklık, solunum yolu ve bazen de gıda ile bulaşan enfeksiyonlarda boğaz ağrısı, nezle, irritatif öksürük gibi lokal semptomlar da olabilir.

4-Özgül klinik bulgular dönemi

Prodrom dönemin sonundan hastalığın ileri dönemine kadar olan devredir. Bu dönemde görülen belirtilerin en azından bir kısmı o enfeksiyon hastalığına has bulgulardır. Bunlar lokal veya genel semptomlar ve belirtiler olabilirler. Bu semptom ve belirtiler etkenin yerleşmiş olduğu sistemde yaptığı spesifik patolojik değişimlerdir. Her hastalıkta farklılıklar görülse bile değişik sistemlere ait bulguların bir ya da birkaçı enfeksiyon hastalıklarının seyri sırasında ortaya çıkarlar. Bu bulguların bir kısmı pek çok hastalıkta görülen özgül olmayan belirtilerdir ancak bir kısmı o hastalığa

tamamen özel ve tanı koyduracak patognomonik bulgular olabilir. Bir kısmı ise kuvvetle bir yada birkaç enfeksiyon hastalığını düşündürür.

Özgül klinik bulgular dönemi esas hastalık dönemi olarak kabul edilir. Bu dönemin sonunda kişi bu hastalıktan tamamen iyileşir veya hastalık ölüm ile sonuçlanabilir. Şifayla sonuçlanan durumlarda, ciddi klinik bulgular dönemini klinik belirtilerin azalması dönemi (defervesans) takip eder. Bu süre hastalığa ve hastaya bağlı olarak bir kaç gün ya da hafta sürebilir. Klinik belirtiler bittikten sonra enfeksiyonun şiddetine göre bir nekahet (konvelesans) dönemi vardır. Nekahet dönemi çok uzun olabilir. Bu dönem içinde veya bu dönem sonunda erken veya geç komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Tüm bu dönemler geçirilip bittikten sonra hastalığın normal seyri tamamlanmış olur.

Klinik seyri etkileyen birçok faktör vardır ve bu faktörlerin de etkisiyle hastalığın seyri her zaman aynı olmaz. Etken mikroorganizmanın özellikleri, hastanın daha önceden aşılı olması yada daha önce aynı hastalığı geçirmesiyle oluşmuş kısmi bağışıklık, erken dönemde alınan kısmen etkili tedavi ve genel vücut direnci gibi bazı faktörler nedeni ile bir kısım enfeksiyonda klinik seyir klasik bilgilerle uyuşmayabilir veya tüm klinik bulgular tam olarak gözlenmez. Buna "Abortif Enfeksiyon" denir. Erken dönemde verilen tedaviler enfeksiyonların silik seyretmesinde önemli bir nedendir.

5-Nekahat Dönemi

Nekahat; bir hastalığı geçiren şahsın tamamen eski sağlığına kavuşabilmesi için geçen süreye verilen addır. Nekahat devresi hastalığın özelliğine ve kişiye bağlı olarak çok kısa veya çok uzun sürebilir. Bu süreyi; hastanın yaşı, genel vücut direnci, hastalığın cinsi, uygulanan tedavi ve bakım kalitesi etkileyebilir. Hastalar bu devrede hastanede veya evinde kalabilir. Hastalarda bu dönemde hareketsiz kalmaktan dolayı tromboflebit ve emboli gibi komplikasyonlar sıklıkla ortaya çıkabilir. Bazı akut

hastalıklar sonrasında nekahat döneminde aşırı derecede yorgunluk ve halsizlik olabilir. Bu özellikle influenza ve viral hepatitler gibi bazı viral hastalıklarda görülebilmektedir. Tifo ve kolera gibi bazı bakteriyel enfeksiyonların sebep olduğu ağır nekahat dönemleri, antibiyotiklerin bulunmasından sonra önemlerini kaybettiler ve süreleri oldukça kısaldı. Nekahat dönemi esnasında hastanın iyi beslenmesi ve istirahati gereklidir. Bazı enfeksiyon hastalıklarında, nekahat dönemindeki kişilerden alınan serumlar bol miktarda antikorlar içerdikleri için pasif bağışıklıkta kullanılabilir.

6-İyileşme Dönemi

Nekahat dönemi sonrasındaki dönemdir. Artık bu dönemde hastalık tamamen iyileşmiştir. Herhangi bir semptom veya bulgu kalmadığı gibi vücut fonksiyonları da tamamen normale dönmüştür. İyileşme döneminde kişilerde geçirilen enfeksiyon hastalığının sekelleri kalmış olabilir (tüberküloz menenjit gibi) yada kronikleşmiş bir hastalık ise kronik formu devam edebilir (kronik hepatit gibi).

Enfeksiyon Şüpheli Hastaya Yaklaşım:

Enfeksiyon hastalıkları birçok açıdan diğer hastalardan farklılıklar gösterirler ve bu hastalara yaklaşımda bazı konulara dikkat etmek gerekir. Enfeksiyon hastalığı şüphesi olmasa bile sağlık çalışanlarının her hastaya yaklaşımda kendilerini enfeksiyonlardan korumak için "üniversal korunma önlemleri"ne uymaları gerekmektedir.

Enfeksiyon Hastalıkları Tanısında Kullanılan Metotlar

Anamnez:

Enfeksiyon hastalıklarının tanısında anamnez en önemli araçlardan biridir. Diğer hastalıkların tanısında önem taşıyan bazı hususlar enfeksiyon hastalıkları için önemli

değildir. Buna karşılık enfeksiyon hastalıklarının tanısında bazı konular daha önemli hale gelirler. Enfeksiyon hastalıklarının tanısında ailevi geçiş söz konusu değildir. Bu yönüyle genetik hastalıklar ve genetik yakınlık sadece enfeksiyonlara zemin hazırlama yönüyle önem taşır. Buna karşılık enfeksiyonların nasıl bulaştığı önem arz eder. Bu nedenle düşünülen enfeksiyon hastalığının muhtemel bulaş yolu ve inkübasyon süresi dikkate alınarak hastanın enfeksiyon ajanının nereden almış olabileceği sorgulanmalıdır. Bu konuda hastaya sorulacak sorularla konu aydınlatılmalıdır. Gene hastalıkların prodrom belirtileri bilinmeli ve başlangıç semptomları olarak bu belirtiler araştırılmalıdır. Enfeksiyon kaynağı olarak aynı ortamı paylaşan, birlikte yaşadığı taşıyıcı kişiler de sorgulanmalıdır. Ayrıca bir salgın ihtimali varsa ona yönelik sorular da sorulmalıdır.

Fizik Muayene

Fizik muayenede inspeksiyonla enfeksiyonların cilt, mukoza ve skleralarda yaptığı değişiklikler görülebilir. Ayrıca boğazda kızarıklık, tonsillerde kriptalar, batında bombeliğin artışı gibi değişik bulgular inspeksiyonda görülebilir. Oskültasyon, akciğer ve batında gelişen enfeksiyonların tanısına katkıda bulunabilir. Perküsyon ile akciğer ve batındaki sıvı ve kitlelerin tanısı konulabilmektedir. Palpasyonla lenfadenopati ve ödem tespit edilebilir. Ayrıca batın muayenesinde splenomegali, hepatomegali ve batındaki kitleler teşhis edilebilir.

Laboratuar Yöntemleri

Enfeksiyon Hastalıklarının tanısında laboratuar testleri çok önemlidir. Enfeksiyonların kesin tanısı çoğunlukla laboratuar testleri ile mümkün olmaktadır. Enfeksiyonların tanısında en sık kullanılan yöntemlerden biri kültürdür. Kültür ile etken bakteri (şayet yapılıyorsa virüs) izole edilmeye çalışılır. Kültür her zaman yalancı pozitifliği olabilecek bir test olduğu için pozitif sonuç alındığında da dikkatli olunması gerekir.

Her zaman etken mikroorganizma izole edilemeyeceği de unutulmamalıdır. En sık kullanılan kültürler idrar, kan, boğaz sürüntü, balgam, gaita, bronkoalveoler lavaj (BAL) ve doku örneklerinden yapılmaktadır. Ayrıca damar içi kateterlerin ucundan yapılan kültürler de tanıda önemlidir.

Tam kan sayımı en sık kullanılan laboratuvar testlerinden biridir. Bu testin içinde lökosit sayısı, Hb, lenfosit sayısı ve lökositlerin tiplerinin dağılımı önemlidir. Örnek olarak lenfositoz varlığı bize viral bir enfeksiyon için gösterge olabilmektedir. Lökosit sayısındaki artış veya lökopeni olması akut bir bakteriyel enfeksiyonu gösterebilir.

Enfeksiyonların tanısında antijen ve antikorların gösterilmesi de oldukça önemli bir tanı yöntemidir. Bu amaçla serolojik testler sıklıkla kullanılmaktadır. ELISA, IFA ve aglütinasyon testleri gibi metotlarla antijen ve antikorlar gösterilebilir. Enfeksiyonların tanısında radyolojik görüntüleme metotları da sıklıkla kullanılmaktadır.

Enfeksiyon Hastalıklarının En Önemli Semptom ve Bulguları

Ateş:

“Ateş”; enfeksiyon hastalıklarıyla adeta özdeşleşmiş olan bir semptom ve bulgudur. Ateş en sık görülen ve en fazla dikkate alınan bulgulardan biridir. Ateş değişik ölçüm metotlarıyla farklı ölçülebilmektedir. İnsan vücudunun normal ısısı koltuk altı ve ağızdan ölçüldüğünde 36,0 °C ile 37,2 °C arasındadır. Genel olarak rektal yoldan ölçülen vücut ısısı 0,6 ile 1 °C daha yüksektir. Vücut ısısının rektal yoldan ölçülmesiyle 38,3 °C veya üzerinde olması ateş olarak kabul edilmektedir. Koltuk altı ısısı ise 37,7 °C'nin üzerindeyse ateş olarak kabul edilmelidir. Sağlam kişilerde çevresel faktörler ve metabolizmaya bağlı olarak günlük 0,5 0C ile 1 °C arasında ısı değişiklikleri olabilir. Günlük ısı düzeyi kadınlarda erkeklerden biraz daha yüksektir. Ateşin 37,7-38,3 °C arasında olmasına subfebril ateş denilmektedir. Örnek olarak

fokal enfeksiyonlar verilebilir. Hipotermi ise ateş 36 °C'nin altındadır. Hipotermi kaşeksi, Addison Hastalığı, şeker koması, üremi, uzun süren açlık ve miksödem durumunda olabilmektedir.

Vücut ısısının yapımı ve belli aralıkta idamesi oldukça hassas ve iyi organize edilmiş dengelere dayalıdır. Vücutta ısı regülasyonunun esas merkezi anterior hipotalamustaki termoregülatuar (ısı ayar) merkezidir. Bu merkez farklı mekanizmaları koordine ederek vücut ısısını düzenlemektedir. Vücutta yapılan bütün metabolik faaliyetlerden ortaya belli bir ısı çıkmaktadır. Isı ayar merkezi periferden gelen sinyallere göre periferik damarlarda vazokonstrüksiyonla ısı korunmasına ve gerekirse kaslarda kasılmayla daha fazla ısı üretimine neden olur ve bununla vücut ısısını artırır. Isı kaybı gerektiği durumlarda da vazodilatasyon ve terleme gibi mekanizmalarla ısı kaybı sağlanır. Isı regülasyon mekanizmalarını etkileyerek ısı artışına yol açan maddelere piretik yada pirojen maddeler denir. Dışarıdan geldikleri için bunlara ekzojen pirojenler denir. Ekzojen pirojenler vücutta endojen pirojen denilen maddelerin yapımına yol açarak ateşi yükseltirler.

Ekzojen pirojenler doğrudan hipotalamusu etkileyerek ateşe neden olmazlar. Enfeksiyon hastalıkları, travmalar ve birçok başka nedenle ortaya çıkan ekzojen pirojenler (virüsler, bakteriler, mantarlar, peptidoglikanlar, peptidoglikanların parçalanma ürünleri, lipopolisakkaritler, enterotoksinler, polisakkaritler, tüberkülin, antijen-antikor kompleksleri, komplementler, interferon, ilaçlar, interlökinler) vücuttan endojen pirojenlerin salınımına neden olurlar. Endojen pirojenler (IL-1, TNF-alfa, interferon, IL-6) farklı vücut hücreleri (başlıca monosit ve makrofajlar) tarafından sentezlenir ve salınırlar. görevi esas olarak verine getiren hücrelerdir. Endojen pirojenler anterior hipotalamusu ilgili bölgesi olan preoptik alanı Prostoglandin E2 (PGE2) üzerinden etkileyerek ısı ayarının yükselmesine ve dolayısıyla da ısı artışına

neden olurlar. Antipiretik ajanların çoğu prostaglandin sentez inhibitörleri olup, PGE2 yapımını engelleyerek ateşi merkezi olarak düşürmektedirler.

Çevre sıcaklığının düşmesi deride vazokonstrüksiyona yol açar ve bu da vücuttaki ısının korunmasını sağlar. Çevre ısısının azalması ile vücutta tiroid, hipofiz ve sürrenal bezlerinin salgıları artar. Bunların etkisi ile metabolizma hızlanır ve ısı üretiminde artış olur. Bu salgı bezlerinin yetersizliğinde ise ısı artışı yetersiz kalır. Çevre ısısının artması deride vazodilatasyon ve terleme yapar. Bu yolla ısı kaybı artar.

Normalde vücut ısısı sabah ile akşam saatlerinde farklılık gösterir. Buna “diurnal sirkadiyen ritim” de denilmektedir. Vücut ısısı sabah saatlerinde en düşük olup akşama kadar gittikçe yükselir ve akşamüzeri en yüksek seviyeye çıkar. Sabah ile akşam arasındaki ısı farkı 1 °C'ye yaklaşabilir. Bazı kişilerde bu fark anormal yüksek olabilmektedir.

Bazı durumlarda ortaya çıkan anormal vücut ısı artışı olarak tanımlanan “hiperpireksi”, dışarıdan yüksek ısıya maruz kalma yada eksojen olarak alınan ve metabolizmaya etki ederek ısı regülasyonunu bozan bazı ilaçların kullanılması ile endojen ısı yapımının arttığı durumlarda meydana gelebilmektedir. Bu tablo basit bir ateş değildir. Tedavisi oldukça dikkat isteyen akut bir fenomendir.

Merkezi olarak vücut ısısı yüksek olarak ayarlanan hasta ısı üretmeye ve ısıyı korumaya çalışır. Bu tipik ateş oluşumudur. Ateşi yükselen hasta üşüme hisseder, titreyebilir ve vücut ısısını artıracak yollar arayabilir. Ayrıca baş ağnsı, istahsızlık, miyalji, artralji, kırgınlık, genel halsizlik ve bitkinlik gibi şikayetleri olur. Ateşli hastalarda kan dolaşım hızı ve dolayısıyla nabız sayısı, solunum sayısı ve nabız basıncı artar.

Ateşin dört safhada seyrettiği kabul edilmektedir:

1-Birinci safhada (invazyon safhası) hasta üşüme ve baş ağrısı hisseder, iştah kaybı olur. Ateşin başlayacağını hasta hisseder.

2-İkinci safhada titreme ile ısı üretimi artar ve periferik vazokonstriksiyonla ısı korunması meydana gelir.

3-Üçüncü safhada vücut ısı artmıştır ve kızarıklık meydana gelebilir, cilt kurudur, kalp atımı ve solunum sayısı artmıştır: Hasta susuzluk ve huzursuzluk hisseder. Ateşin yükselmesiyle hasta deliryum ve havale geçirebilir.

4-Son safhada ateş düşmeye başlar, solunum ve kalp atımı normale yavaşlar ve normalleşir. Cilt nemlenir ve hastanın ateşi genellikle terlemeyle düşer.

Enfeksiyonların varlığında her zaman ateş olmayabilir. Bu durumda bazı ilaçların kullanılması (kortikosteroidler, nonsteroid antiinflamatuvarlar ve asetaminofen gibi ateş düşürücüler), bazı kronik enfeksiyonlar (HIV, Akut viral hepatitler ve kronik tüberküloz veya fungus enfeksiyonları) ve vücut direncinin çok düşük olduğu durumlar (uç yaşlarda olma veya anjerji gibi) akla gelmelidir.

Ateş tipleri:

▪**Kontinü (Devamlı) Ateş:** Sabah akşam dereceleri arasında bir dereceden daha fazla fark olmayan ateşe denir. Örnek tifo ve gripte görülen ateş.

▪**Remittan Ateş:** Sabah akşam dereceleri arasındaki fark 1 °C'den fazla olup hiç normale (37 °C'ye) düşmeyen ateştir. Örnek sepsis ve tüberkülozda görülen ateş.

▪**İntermittan Ateş:** Sabah akşam dereceleri arasında fark 1 °C'den fazla olup, ateşin normale hatta daha altına düştüğü ateş tipidir. Örnek sıtmadaki ateş

▪**Rekürren (Tekrarlayan) ateş:** Birkaç gün yüksek devam eden sonra birden düşerek birkaç gün normal devam eden ve benzer şekilde yeniden yükselme gösteren ateş şeklidir. Örnek olarak humma-i raciadaki ateşe tekrarlayan ateş de denir.

▪**Ondülan (Dalgalı) ateş:** Yavaş bir seyirle birkaç gün içinde yükselen, bir müddet yüksek devam edip yine birkaç günde tedricen düşerek normale inen, yeniden eskisi gibi yükselmeler gösteren ve böylece haftalar hatta aylarca devam edebilen ateştir. Örnek olarak Malta humması ve lenfogramatözdeki ateş.

▪**İrregüler (Düzensiz) Ateş:** İntizamsız şekilde gelişigüzel iniş ve çıkışlar gösteren ateş tipidir. Bazı sepsisler, süpürasyonlar ve tüberkülozda görülebilir.

▪**Bifazik Ateş:** Bir günde iki defa yükselip tekrar normale düşen ateş tipidir. Örnek olarak kalaazar ateşi verilebilir.

▪**Hektik Ateş:** Günlük tekrarlayan ateştir. Kızamıkta deve hörgücü şeklinde ateş olur. Döküntü ile beraber ateş daha da yükselir.

▪**Goodal Ateşi:** Kızamıkta virüsün vücuda ilk girdiği gün görülen ateş tipidir.

▪**Pel Epstein tipi ateş:** Burada iki üç hafta ateş, bir hafta ateş yoktur. Hodgkin hastalığındaki ateş tipidir.

▪**Anarşik ateş:** Belirsiz zamanlarda iniş ve çıkışlar gösteren ateştir.

Enfeksiyonlar ile vücut sistemleri arasındaki etkileşimler:

Dolaşım sistemi ile etkileşim

Enfeksiyonların çoğu myokardı ve damarları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilerler. Özellikle Difteri gibi toksik hastalıklar myokarda dejenerasyona yol açabilirler. Streptococcus viridans doğrudan doğruya endokarda ve kalp kapakçıklarına yerleşebilir.

Ateş ile kalp atım sayısı arasında da ilişki vardır. Genel olarak nabız sayısındaki artış her 1°C için kalp atım hızının dakikada 10-15 arttığı kabul edilir. Şayet ateş yükseldiği halde kalp hızı artmıyorsa bu durumda kalp hızı ile ateş arasında bir uyumsuzluk var

demektir (diskordans). Bu durum daha çok toksemi tablosu yapan tifo gibi hastalıklarda ortaya çıkar.

Şayet diskordans nabız varken nabız artmaya başlamışsa bu durum bir dolaşım yetersizliğini (kollaps-şok) veya kanamayı gösterebilir. Bazı enfeksiyonlarda, özellikle tifo'da, nabzın gittikçe hızlanması dolaşım sisteminin direncinin azaldığını veya kanama gibi bir komplikasyonun varlığını gösterir. Prognoz için fena bir belirti olabilir. Nabzın dikkatle muayenesi başka farklılıkların da olabildiğini gösterir. Örnek olarak tifoda nabız sonunda ufak bir vuruş alınabilir ve dikrot nabız denilen bu durum tifoyu gösterir.

Diskordans nabız (rölatif bradikardi); bazı viral hastalıklarda, KİBAS'a neden olan menenjitlerde, mikoplazma enfeksiyonlarında, bazı fungal enfeksiyonlarda, tifoda, brusellozda, riketsia enfeksiyonlarında, beta bloker ve digoksin kullanımında görülebilir.

Rölatif taşikardi de görülebilir. Bunlar difteri, hipertroidi, pulmoner emboli ve klostridium sepsisinde görülebilir.

Solunum sistemi ile etkileşim

Bazı enfeksiyonlar mikroorganizmaların solunum yolu ile girmesi sonucu boğazda ve solunum sisteminde yerleşirler. Boğaz ağrısı, nezle, öksürük bu sistemde yerleşen enfeksiyonların ilk belirtileridir.

Sindirim sistemi ile etkileşim

Enfeksiyon hastalıklarında sindirim sisteminde gastrit, enterit ve kolit gibi belirtilerle görülür. Sindirim sistemi hastalıkları tanısı için eskiden beri hasta muayenesine nabızdan sonra boğaz ve dil muayenesi ile başlanır.

Sindirim sistemi enfeksiyonları ve bazı başka enfeksiyonlar karaciğer enzimlerinde artışa yol açarlar. Bu enfeksiyonlar arasında pnömokoksik pnömoni, sepsis, tifo, bruselloz ve tüberküloz sayılabilir.

Hemopoetik sistemle etkileşim

Enfeksiyonlarda hafif seyirli bir anemi beklenmelidir. Çünkü kemik iliğinde demirin normoblastlara geçişi bozulmuştur, eritrositlerin yaşam süresi kısalmıştır ve eritropoetin yapımı azalmıştır.

Bazen ciddi boyutlarda anemi de gelişebilir. Bunun için doğrudan enfeksiyon nedeniyle kanama olabileceği gibi (tifo ve amibiyaz), doğrudan eritrositleri parçalayan sıtma gibi hastalıkların varlığı, DİK ve mikroanjiyopatik hemolitik anemiye yol açan hastalıkların varlığı ve talassemi gibi önceden mevcut anemi varlığı akla gelmelidir.

Kemik iliğinin baskılanması ile lökopeni görülebilir. Bu durum sıklıkla, tifo, tüberküloz, bruselloz, boğmaca, bazı viral ve fungal enfeksiyonlar, klamidya enfeksiyonları ve riketsiyozlarda görülebilir. Lenfositoz ve monositoz da benzer durumlarda görülmektedir. Paraziter hastalıklarda eozinofili görülebilmektedir.

Enfeksiyonların birçoğunda hafif/orta derecede sedimentasyon artışı görülebilir. Belirgin sedimentasyon artışı tüberküloz, bakteriyel endokardit, lepra, myocard enfarktüsü, romatizmal ateş, romatoid artrit, tümörler, kollojen doku hastalıkları ve glomerulonefritlerde beklenmelidir.

Sinir Sistemiyle Etkileşim

Bazı enfeksiyon hastalıklarında şuur düzeyi etkilenir, uykuya meyil, somnolons, stupor veya koma görülür. Tifoda hafif şuur bulanıklığı önemli bir bulgudur. Enfeksiyon hastalıklarının çoğunda baş ağrısı bulunur. Bazı enfeksiyonlarda baş ağrısı kafa içi basıncı normale göre artması veya azalmasından olur. Baş ağrısı oluşumunda vazodilatasyon ve vazokonstriksiyonun rolü vardır.

Enfeksiyon Hastalıklarında Hastaya Yaklaşımında Temel Prensipler:

Enfeksiyon hastasına yaklaşırken altta yatan hastalıklar dikkate alınmalıdır. Splenektomili hastada kapsüllü bakteri enfeksiyonları, kortikosteroid kullanan ve lenfomalı hastalarda hücre içi enfeksiyonlar, nötropenik hastalarda mantar enfeksiyonları ve Gram negatif bakteri enfeksiyonları, HIV pozitif ve immünsüprese hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar akla gelmelidir.

Enfeksiyon hastalıklarında beklenen cilt döküntüleri de yol gösterici olabilir. Kızamıkta makülopapuler döküntüler ve koplik lekesi yol göstericidir. Kızamıkçıkta ise makülopapuler döküntü yanında kulak arkasındaki lenfadenopatiler görülebilmektedir. Neisseria meningitidis, N. gonorrhoea, S. aureus, Riketsiya türleri ve leptospirozda peteşi ve purpura tarzı döküntüler olabilir. Streptococcus pyogenes Kawasaki hastalığı ve S. aureus enfeksiyonlarında toksik eritem görülebilmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarında bazı bulgular doğrudan tanı koydurucudur. Örnek olarak kızamıktaki koplik lekeleri ve borreliyozdaki eritema kronikum migrans doğrudan tanı koydurucu olabilir.